

Согласие пациента: SMR/септопластика и/ли конхотомия/удаление разрастаний носовых раковин

SMR/септопластика/конхотомия/удаление разрастаний носовых раковин производится в случаях, когда проходимость воздушных путей ограничена до такой степени, что это затрудняет дыхание. В некоторых случаях, ограничение проходимости воздушных путей вызвано разрастанием и опуханием носовых раковин в области носовой перегородки, со смещением перегородки или без него. В таких случаях одна или обе носовые раковины могут быть удалены/уменьшены/рассечены.

Операция производится в носовой полости, без рассечения наружных тканей. Хирург решает, следует ли оставить в носовой полости тампоны или распорки.

Операция обычно проводится под общей или местной анестезией, с применением седативов.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что доктор _____ предоставил
Фамилия Имя

мне подробные устные разъяснения в отношении необходимости в SMR/септопластики/конхотомии/удаление разрастаний носовых раковин с _____ стороны в связи с _____ (далее по тексту: “инвазивная процедура”)

Мне известно, что в некоторых случаях эта инвазивная процедура не решает функциональную проблему.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне сообщили о побочных эффектах данной инвазивной процедуры, в том числе: боль, дискомфорт, кровотечение, корки и неприятный запах в носу, снижение чувствительности верхних зубов и передней части нёба (обычно временное).

Кроме того, мне были разъяснены возможные риски и осложнения данной инвазивной процедуры, в том числе: синусит, перфорация носовой перегородки, которая может вызвать чихание, корки и кровотечение, срастание носовой перегородки с носовыми раковинами, изменение формы носа, частичная утрата обоняния (редко), сухость во рту, обильное кровотечение, требующее неоднократного хирургического вмешательства, опасная для жизни инфекция в результате использования тампонов, абсцесс носовой перегородки, требующий дренажа хирургическим путем.

Настоящим выражаю свое согласие на проведение данной инвазивной процедуры.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено и понятно существование вероятности того, что в процессе проведения инвазивной процедуры, может возникнуть необходимость в расширении ее объемов, ее модификации или в проведении иных или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического ущерба, в том числе дополнительных видов инвазивного вмешательства, которые не могут быть с уверенностью или в полном объеме предсказаны на данном этапе, однако, значение которых мне было разъяснено. Выражаю свое

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר



согласие на вышеописанное расширение объемов, модификацию данной инвазивной процедуры и проведение иных или дополнительных процедур, включая хирургические, которые доктора данного медицинского учреждения в ходе процедуры сочтут необходимыми для спасения жизни или для проведения данной инвазивной процедуры.

Я также даю свое согласие на применение местных анестетиков, как путем внутривенного введения седативов, так и без такового; мне предоставлены разъяснения рисков и осложнений местных анестетиков, в том числе аллергические реакции различной степени тяжести, и возможные осложнения в связи с использованием седативов, которые могут вызвать расстройства дыхательной или сердечно-сосудистой системы, особенно среди пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых или респираторных заболеваний.

Мне сообщили, что, если процедура будет проведена под общей анестезией, соответствующие разъяснения будут предоставлены мне анестезиологом.

Я осознаю и согласен на то, что данная инвазивная процедура и любые иные инвазивные процедуры будут проведены лицом, назначенным для проведения таковых в соответствии с внутренним распорядком и инструкциями лечебного учреждения, при условии, что процедуры будут проведены в рамках ответственности, принятой на себя медицинским учреждением и установленной законодательством; заверений о том, что вся процедура или ее часть будет проведена каким-либо конкретным лицом мне предоставлено не было.

Дата	Время	Подпись пациента
Имя опекуна (род отношений с пациентом) Подпись опекуна (для недееспособных, несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)		

Настоящим подтверждаю, что мной предоставлены устные разъяснения пациенту/ опекуну пациента* в отношении всего вышесказанного, в необходимых подробностях, а также что данное согласие было подписано пациентом в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моих разъяснений пациентом.

Имя лечащего врача	Подпись лечащего врача	лицензия №
--------------------	------------------------	------------

* Ненужное вычеркнуть

Медицинская Ассоциация Израиля

Medical Risk Management Company Ltd.



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

